

健康状態について	過去3年以内に病気やケガで入院したことがありますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 「はい」の場合は詳細を記入
	過去3ヶ月以内に医師の診察・検査・治療・投薬を受けたことがありますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 「はい」の場合は詳細を記入
	その他、健康状態について事前に申告しておくことはありますか	
その他、ご質問があればお書き下さい。		